



# Le portrait des mères néonaticides dans les expertises judiciaires

Natacha Vellut, Laurence Simmat-Durand, Anne Tursz

## ► To cite this version:

Natacha Vellut, Laurence Simmat-Durand, Anne Tursz. Le portrait des mères néonaticides dans les expertises judiciaires. *L'Encéphale*, 2012, epub ahead of print. 10.1016/j.encep.2012.10.003 . halshs-00785496

**HAL Id: halshs-00785496**

**<https://shs.hal.science/halshs-00785496>**

Submitted on 6 Feb 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Le portrait des mères néonaticides dans les expertises judiciaires.**

**Natacha Vellut, Laurence Simmat-Durand, Anne Tursz**

Natacha Vellut, CERMES 3, Université Paris Descartes, 45 rue des Saints-Pères, 75270 Paris Cedex 06, tél (+33/0) 1 42 86 46 07, [natacha.vellut@parisdescartes.fr](mailto:natacha.vellut@parisdescartes.fr)

Recherche financée par l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, la région Ile-de-France, la Fondation pour la recherche en Psychiatrie et en santé mentale, la Fondation Wyeth pour la santé de l'enfant et de l'adolescent.

Remerciements à Pascale Gerbouin-Rérolle responsable du recueil des données.

## **Le portrait des mères néonaticides dans les expertises judiciaires**

**Mots-clés :** néonaticide, profil des mères, relations intergénérationnelles et familiales, expertise psychiatrique

Notre étude explore 54 documents d'expertises relatifs à 17 affaires de néonaticides commis entre 1996 et 2000 dans trois régions françaises. Les néonaticides sont des meurtres d'enfants dans leurs premières vingt-quatre heures de vie, le plus souvent commis par les mères. Le profil « classique », souvent issu de données anglo-saxonnes, de la mère néonaticide comme une jeune femme, célibataire, primipare, dépourvue de ressources éducationnelles et sociales est contesté par les résultats de notre étude à l'instar d'autres études plus récentes américaines et européennes. Il n'existe pas de profil socio-démographique unique des mères néonaticides. Ces mères sont de tous âges, plus de la moitié ont déjà des enfants, plus de la moitié vivent en couple. Ces mères ne présentent pas non plus de profil psychopathologique évident, encore moins de traits psychopathiques et ces données semblent comparables à celle de leurs parents. Les mères néonaticides sont décrites comme immatures, dépendantes affectivement, s'exprimant peu, se dévalorisant, vivant dans des contextes relationnels médiocres aux moments des faits comme dans le passé, connaissant une grande solitude affective. Leur personnalité ne nous semble pas pouvoir être décrite isolément de leur environnement relationnel.

## **The profile of neonaticide mothers in legal expertise**

**Key words:** infanticide, maternal behaviour, personality, intergenerational relations, forensic psychiatry.

### **Introduction**

Neonaticide is the term used to refer to the killing of newborn infants within the first twenty-four hours of life. A recent study conducted by INSERM Unit 750 found a frequency of 2.1 cases of neonaticide for 100,000 births in France. The persistence of these crimes raises serious issues, and scientists have attempted to explain this by the profile of neonaticidal mothers: young, or even teenage, single, primiparous, and socially deprived. The present study sought to question this profile, and to suggest a new profile for neonaticidal mothers.

### **Data and methods**

This retrospective study over the years 1996-2000 comprised 32 cases of neonaticide perpetrated in three French regions. 17 solved cases of these 32 cases generated 54 documents by expert consultants, mainly psychiatric and psychological expertise, studied and analysed here using Modalisa software for quantitative analyses and Nvivo software for qualitative data.

### **Results**

No single socio-demographic profile was observed. The mothers were in contrasting situations at the time of the event. There were few psychotic profiles. The other psychopathological disturbances detected were very often related to the event. The most surprising feature in the expert reports describing the neonaticidal mothers was the existence of what we have termed descriptive absent-factors. These mothers had not experienced major trauma in childhood such as the death of persons close or foster care. They were not living in an environment of family violence. They did not exhibit addictive or self-harm behaviours. Their parents before them had similar profiles, except three cases of alcoholism. Their parentage, and that of the infants, was not an issue. The most widely described personality features were immaturity, dependency on others, withdrawal, inhibition, emptiness, lack of affectivity, non-expressiveness, and devaluation of self-image. The very impoverished relational environment of these mothers also appears in the expertise data. Their affective and relational foundations were insecure.

### **Discussion**

The "classic" profile of the neonaticidal mother as being young, single, and primiparous is not confirmed in this study. Recent American and European studies reach similar conclusions. More than half of these mothers already had other children, more than half were living with a partner. Nor did these mothers have an evident psychopathological profile, and even less so a psychopathic profile. This study suggests a "psycho-relational" profile for the neonaticidal mother: immature, affectively dependent, expressing herself very little, and experiencing considerable affective isolation.

### **Conclusion**

These neonaticidal mothers did not present any specific socio-demographic or evident psychopathological profile. The study nevertheless enabled definition of a "psycho-relational" profile.

## **Introduction**

Les infanticides désignent le meurtre d'un enfant de moins d'un an et les néonaticides, terme plus précis proposé par Resnick en 1970 [15], définissent le meurtre d'un nouveau-né dans ses premières vingt-quatre heures de vie. Ces crimes visant des nouveau-nés ont existé de tout temps et de tout temps on a cherché à les comprendre, leur trouver une logique, leur donner un sens. Les motivations de contrôle des naissances ont fourni une clé de compréhension quand l'avortement légal et les moyens de contraception n'étaient pas aussi disponibles que de nos jours. Une étude réalisée en France a démontré une corrélation statistique entre la diminution des affaires pénales de néonaticides et l'augmentation des avortements, au grand dam des juristes de l'époque : l'avortement était alors un délit [8]. Cependant, malgré la diffusion des moyens de contraception et la possibilité de confier son enfant à l'adoption – en particulier en France avec la procédure de l'accouchement sous X – des néonaticides sont toujours perpétrés.

L'étude menée par l'unité 750 de l'INSERM sur les morts suspectes de nourrissons de moins de un an conclut, à partir de 27 cas de néonaticides, à une fréquence de 2,1 néonaticides sur 100 000 naissances en France, au lieu des 0,39 des statistiques officielles [19]. Des scientifiques ont tenté d'expliquer ces meurtres en élaborant un profil des mères néonaticides. Les auteurs des néonaticides sont en effet des mères dans l'écrasante majorité des cas, bien qu'un article se penche sur le néonaticide paternel qu'il qualifie de peu commun [7]. Ces mères sont fréquemment décrites dans la littérature internationale, surtout anglo-saxonne, comme de jeunes célibataires, primipares, pauvres du double point de vue économique et éducationnel [4, 5, 10-12, 20]. La plupart sont encore adolescentes, vivant au domicile de leurs parents [12]. Confrontées à une grossesse non désirée, le plus souvent une première grossesse hors mariage et hors lien social, elles seraient acculées à un geste meurtrier. La recherche s'est aussi tournée vers l'investigation de la personnalité des mères, insistant sur des traits de caractère comme la passivité et/ou l'immaturité [15, 20].

Notre étude propose un champ large d'examen de 17 cas de néonaticides. L'objectif est d'investiguer amplement les caractéristiques des mères, leurs données psychopathologiques et biographiques, en usant de variables situationnelles et socio-démographiques, mais aussi de facteurs de personnalité et d'éléments décrivant au mieux leur parcours de vie.

## **Données et méthode**

Les données de cet article sont issues d'un nouveau recueil sur la base des cas de l'étude de l'INSERM précédemment citée, portant sur « les morts suspectes de nourrissons de moins d'un an » et réalisée à partir de dossiers judiciaires consultés auprès de Parquets. Cette étude rétrospective sur une période de

cinq ans, de 1996 à 2000, dans trois régions françaises, a permis d'identifier 32 cas de néonaticides, soit 27 cas reconnus comme tels par la justice et cinq identifiés en plus par le comité de pilotage scientifique ayant encadré la recherche. Des informations contre X ont été ouvertes dans huit affaires après découverte d'un cadavre de nourrisson. Sur vingt-quatre néonaticides élucidés, vingt-deux mères sont concernées, deux ayant récidivé. Cinq dossiers n'ont pas donné lieu à des expertises, le magistrat anticipant vraisemblablement leur conclusion judiciaire (quatre classements sans suite et un non-lieu). Au final, 17 de ces dossiers judiciaires ont donné lieu à des expertises psychiatriques et /ou médico-psychologiques et une première analyse portant sur 11 de ces 17 cas a été réalisée [9]. Nous avons eu accès à 54 documents explorant la vie et la personnalité de ces 17 mères, toutes mises en cause. Ces documents réalisés pendant l'enquête judiciaire à la demande du juge d'instruction ont pour objectif de l'aider dans sa prise de décision et sont essentiels pour nous éclairer et nous renseigner sur les personnalités et les trajectoires familiales des mères. La nature des divers documents analysés est indiqué au tableau 1.

Ces 54 documents ont été analysés grâce à deux outils :

- Une base de données textuelles des expertises réalisée avec le logiciel NVivo, logiciel de traitement de données qualitatives. Ces traitements ont permis de comparer et d'explorer les données d'expertise par une analyse de contenu.
- Un questionnaire de 153 items structuré en fonction d'une typologie des facteurs pouvant expliquer le passage à l'acte meurtrier : facteurs liés à la personnalité de la mère, au contexte familial et social au moment des faits, au contexte familial et social du passé, à la représentation de l'enfant, à la grossesse et à sa représentation, et facteurs précédents le passage à l'acte. Les données quantitatives issues de ces questionnaires ont été analysées avec le logiciel Modalisa.

## Résultats

Le seul point commun à toutes ces mères est qu'aucune ne déclare ni ne fait suivre la grossesse qui précède le néonaticide.

### *Absence d'un profil socio-démographique unique*

Ces mères sont de tous âges (tableau 1), leur moyenne d'âge s'établit à 26 ans. Elles sont dans des situations de couple contrastées aux moments des faits. Deux vivent seules. Neuf vivent en couple (dont quatre sont mariées). Six vivent chez leurs parents. Plus de la moitié d'entre elles (60%) ont d'autres enfants. Les mères ayant déjà des enfants avant les faits sont le plus souvent décrites comme investies dans leur éducation.

L'enquête de personnalité de Mme K. relate ainsi : « *C'est une bonne mère, elle aurait fait n'importe quoi pour ses enfants.* »

Deux mères (sur les dix multipares) ne sont pas considérées comme de « bonnes mères » : l'une ayant commis quatre néonaticides et mère par ailleurs de six enfants vivants est considérée dans trois expertises comme ayant désinvesti ses fonctions maternelles auprès de ses enfants vivants ; l'autre bénéficie d'un suivi socio-éducatif pour ses deux enfants vivants et l'expertise psychiatrique souligne ses capacités parentales limitées.

Ces mères ont presque toutes un statut d'activité. Neuf travaillent, trois poursuivent des études, trois sont mères au foyer, une est au chômage, une est sans activité.

### ***Peu d'événements de vie défavorables***

La discontinuité de vie qui s'entend comme le décès d'un proche dans l'enfance ou l'adolescence (père, mère, frère, sœur, etc.) ou d'un placement de la mère, n'a pas concerné quatorze mères. Trois mères ont été confrontées à des discontinuités de vie dans cette période de leur existence. Mme R. a connu divers placements à partir de l'âge de six ans. Mme I. a perdu son père alors qu'elle était préadolescente. Mme J. n'a pas connu son père et a été élevée par sa grand-mère maternelle dans ses premières années de vie, elle a mal vécu la séparation d'avec cette grand-mère qui s'est accompagnée d'un changement de pays.

Il n'y a pas mention de comportements délictuels de la part des parents des mères. Trois mères ont toutefois été confrontées à l'alcoolisme dans leur enfance, l'une de son père, les deux autres de leurs deux parents.

Le néonaticide ne semble pas procéder d'une répétition transgénérationnelle : la notion de bébés décédés dans les générations antérieures n'est retenue que pour un dossier. Notons qu'il s'agit du dossier du quadruple néonaticide : la mère a eu deux frère et sœur mort-nés. Quant aux filiations des mères, elles ne posent pas question.

### ***Un contexte relationnel médiocre dans le passé***

Douze mères sur dix-sept ont vécu une discontinuité d'éducation dans leur enfance, ce qui signifie qu'elles n'ont pas été élevées par leurs deux parents tout au long de cette période. Cette discontinuité peut être consécutive à la séparation du couple grand-parental, trois couples des grands-parents se sont séparés très tôt, trois autres couples des grands-parents se sont séparés à l'adolescence de la mère. La discontinuité d'éducation peut aussi être un changement dans les personnes en charge de l'éducation : Mme J. a été éduquée pendant plusieurs années par sa grand-mère avant d'être confiée à sa mère.

Cette discontinuité d'éducation est envisagée comme un des signes de la mauvaise qualité relationnelle des mères avec leurs parents.

L'expertise psychologique de Mme G. illustre la tonalité de ces relations parents-enfants : *« Elle se décrit comme une enfant non investie par un père, atteint de surdité et psychologiquement absent de sa vie affective. Elle souffre beaucoup d'un manque de contact avec ce dernier. Elle se perçoit utile pour sa mère, qui l'aime certes, mais pas comme elle le voudrait, elle apparaît insatisfaite, frustrée d'affection maternelle, elle demeure fixée à sa mère dans une relation de dépendance infantile, sur un mode régressif. »*

L'expertise psychiatrique de Mme E. témoigne dans le même sens : *« Matériellement, Mme E. n'a jamais manqué de rien : « mon manque c'est surtout psychique, je me demande si j'existais pour mes parents... je n'ai jamais vu qu'ils m'aimaient ».*

L'investissement de leurs fonctions parentales par les parents de ces mères, que nous désignerons comme les grands-parents, est problématique. L'investissement se déduit de la quantité et de la qualité de la présence auprès de l'enfant et de l'intérêt porté à son éducation, éléments qui sont investigués dans les expertises. Les grands-pères sont d investis de leurs fonctions auprès de quinze mères. Les grands-mères sont d investies de leurs fonctions auprès de onze mères, bien que pour une mère les expertises soient contradictoires. Ces d investissements ne sont pas forcément dus à des raisons « affectives ». Les grands-parents peuvent être accaparés par des soucis financiers, des investissements professionnels qui les retiennent en dehors du domicile et/ou être confrontés à des mobilités géographiques plus ou moins subies. Ces situations ont des retentissements affectifs importants pour les mères.

L'expertise psychiatrique de Mme A. mentionne à propos de ses parents et de son enfance : *« Mme A. la décrit [sa mère] comme "quelqu'un de bien", qui a eu du mal dans sa vie et qui s'est battue pour élever seule ses enfants. Elle reconnaît qu'elle l'a beaucoup aid e aussi. Mais il manque entre elles cette intimité particulière qui permet de se confier à sa mère lorsque tout va mal. [...] Enfance et adolescence semblent avoir quelque peu été escamotées car, dès l'âge de huit ans, elle se trouve assez investie dans la prise en charge de son frère et de ses deux sœurs. L  aussi, aucune plainte, aucune revendication, mais au fond d'elle-même "un manque affectif" qu'elle a toujours ressenti et qui semble se perpétuer d'une tranche à l'autre de son existence. »*

A contrario, il est noté pour cinq mères un investissement excessif de leur propre mère dans leurs fonctions parentales et éducatives : l'enfance de la mère est alors vécue comme étant sous contrôle induisant une dépendance le plus souvent délétère.



### ***Un contexte relationnel médiocre aux moments des faits***

L'inaffectivité et l'inexpressivité des grands-parents, en particulier celles des grands-pères, sont mises en avant dans les expertises. Douze mères sont éprouvées par l'inaffectivité et/ou l'inexpressivité de leur père, bien que pour une de ces mères les expertises soient contradictoires. Pour quatre mères, cette variable n'est pas investiguée. Dix mères souffrent de l'inaffectivité et/ou l'inexpressivité de leur mère, bien que les expertises soient contradictoires pour trois d'entre elles. Pour trois mères, cette variable n'est pas investiguée.

Si le contexte relationnel est médiocre, il n'est pas particulièrement conflictuel. La violence ne caractérise pas de façon flagrante la vie des mères aux moments des faits. Une mère, Mme G., vit une relation conflictuelle et violente avec son compagnon et la mère de celui-ci (chez qui le jeune couple habite). Deux mères sont menacées verbalement par leur compagnon qui ne veut pas de l'enfant. Ainsi de Mme K. : son compagnon ne voulait pas d'un troisième enfant, et « *l'avait menacée de la renvoyer chez son père [...] elle semblait vraiment craindre son ami* » (citation de l'examen psychologique). Une quatrième mère est insultée par sa propre mère. Pour treize mères il n'est fait mention d'aucune violence, ni de situation conflictuelle manifeste aux moments des faits. Seules trois mères sur dix-sept connaissent des relations instables et intenses avec leurs compagnons successifs et pour l'une des trois ce mode de relations se met en place après les faits.

Quant à la filiation des bébés, elle pose question pour deux bébés. Dans un cas, c'est le père qui doute de sa paternité, la mère étant assurée que son compagnon est bien le père de son enfant. Dans l'autre cas, la mère est incertaine du père car elle entretient plusieurs relations parallèles.

Même si la violence, les conflits, les doutes sur la filiation, l'intensité émotionnelle de la relation ne semblent pas patentes, l'insécurité des couples est avérée. Quatre des dix-sept couples se sont séparés avant les faits, trois se sont séparés après les faits, et quatre des neuf couples « installés » de notre étude sont en difficulté. Onze mères craignent d'être quittées par le père de leur bébé. Treize mères sont signalées comme isolées socialement et affectivement (elles sont huit à être signalées comme isolées dans leur enfance et/ou leur adolescence). Le contexte relationnel de ces mères est donc médiocre.

L'enquête de personnalité de Mme M. mentionne « *au niveau de ce couple [existe] un réel manque de communication lié à la fois aux absences du père mais également au caractère de la mère qui s'extériorise peu. Le drame qu'a vécu cette famille semble être celui du manque de communication dans un couple où l'on se croise, et où chacun est accablé par ses responsabilités.* »

### ***Des troubles psychotiques pour quatre mères***

Quatre mères sont présentées comme des personnalités de registre psychotique. Une expertise psychologique et une expertise psychiatrique concluent à la personnalité psychotique de Mme C., comme cet extrait de l'expertise psychiatrique le mentionne :

*« Au total, nous estimons que Mme C. présente des traits de personnalité évocateurs du diagnostic de structure psychotique, sans décompensation délirante franche ni dissociation aiguë. »*

Les expertises peuvent se contredire, comme c'est le cas pour trois de celles de ces quatre mères. L'expertise psychiatrique de Mme R. ne relève pas l'existence *d'anomalies mentales aiguës ou chroniques susceptibles d'avoir un lien avec les faits* tandis que l'expertise psychologique évoque des *convictions délirantes avec hallucinations*.

La temporalité des expertises peut influencer sur les conclusions psychopathologiques des experts mais sans pouvoir dire dans quelle direction cette influence s'exerce. Pour Mme G., les expertises vont d'un diagnostic de personnalité psychotique (expertise réalisée trois jours après les faits) à un diagnostic beaucoup plus mesuré (expertises réalisées 109 et 157 jours après les faits), tandis que pour Mme L. c'est un mouvement contraire : les expertises vont d'un diagnostic non psychopathologique (expertise réalisée le jour des faits) à un diagnostic de personnalité psychotique (expertise réalisée 98 jours après les faits). Dans les deux cas, il s'agit de contre-expertises : ce ne sont pas les mêmes experts qui ont effectué les premières et les secondes expertises, ce qui laisse supposer que le magistrat ne s'est pas satisfait des premières conclusions expertales.

#### ***Pour d'autres, des troubles psychopathologiques mis en relation avec les faits***

Deux mères sont considérées comme ne souffrant d'aucun trouble psychopathologique. Pour les onze autres mères (en excluant les personnalités psychotiques) les expertises sont convergentes pour souligner l'existence de troubles, ne se contredisant que pour un cas. Pour dix mères, les troubles psychopathologiques diagnostiqués sont des troubles consécutifs aux faits. Il s'agit de troubles dépressifs, parfois associés à un stress post-traumatique (deux mères) ou à de l'anxiété (trois mères).

Pour Mme H., l'expertise psychologique et psychiatrique note qu'il existe *« un état dépressif réactionnel qui doit être traité. »*

Pour Mme N. l'expertise psychologique mentionne qu'elle *« présente un état dépressif important, explique faire de nombreux cauchemars dans lesquels elle voit le bébé [...] Actuellement, elle semble avoir pris conscience de la gravité de son acte. Elle présente un état dépressif réel en partie en lien avec la prise de conscience de son acte mais également en grande partie car elle ne supporte pas la séparation d'avec sa famille ».*

Dans l'expertise psychiatrique de Mme J., il est précisé qu'il « *est apparu un effondrement dépressif : j'ai même essayé de me laisser mourir juste après... mourir pour rejoindre mon enfant, je [ne] méritais pas de vivre parce que mon enfant était mort.* »

Les troubles psychopathologiques non consécutifs aux faits sont rares. En termes d'addictions, une mère est repérée comme une grande fumeuse de cigarettes (un à deux paquets par jour), une autre a sniffé de l'héroïne pendant deux ans (période antérieure aux faits). Rien n'est signalé pour les quinze autres mères. Pour une mère, il est fait état de trois tentatives de suicide (dont deux après les faits). Une autre mère fait une tentative de suicide après les faits quand elle apprend qu'elle est de nouveau enceinte. Deux mères sont qualifiées de personnalités névrotiques, l'une souffrant de névrose d'échec. Quatre mères connaissent une instabilité de l'humeur mais pour trois d'entre elles les expertises se contredisent. Il en est de même pour l'impulsivité, l'agressivité ou la difficulté de contrôle, signalées pour six mères mais dans trois cas les expertises se contredisent. Ces éléments – addictions, tentatives de suicide, instabilité de l'humeur, agressivité et/ou impulsivité – sont systématiquement investigués dans ces expertises cherchant à comprendre l'état mental et psychique des mères mises en cause. En n'en faisant peu cas, les experts dessinent des personnalités aux contours peu psychopathologiques.

### ***Des personnalités « en creux »***

Les comportements délictuels des mères sont rares. Une mère a commis des détournements de fonds après le néonaticide. Une mère connaît des plaintes de voisinage pour des problèmes d'hygiène, de bruit et de visites intempestives. Aucune mère n'a de casier judiciaire.

Les éléments de personnalité les plus mis en avant pour décrire ces mères sont l'immaturité et la dépendance à l'autre (seize mères), le repli sur soi et l'inhibition (seize mères), le vide, l'inaffectivité, et l'inexpressivité (quinze mères), la dévalorisation de l'image de soi (neuf mères, une dixième étant décrite comme alternant entre idéalisation et dévalorisation).

Les éléments de personnalité majoritairement présents dessinent une personnalité en creux de la mère : une personne discrète, effacée, réservée, sans histoire, non psychopathique.

### ***Des « non-facteurs » descriptifs mais un profil « psycho-relationnel »***

Dans la description des mères apparaissent ainsi ce que nous pourrions nommer des « non-facteurs ». Les mères néonaticides, sauf exception, n'ont pas connu d'événement de vie défavorable majeur. Elles n'adoptent pas de comportement délictuel, comme leurs parents avant elles. Elles ne présentent pas de

profil psychopathologique évident. Elles sont sans agressivité apparente, rarement sujettes à des affects ou à des comportements violents ou excessifs comme des conduites addictives, de l'impulsivité ou des gestes hétéro ou auto-agressifs. Leur personnalité apparaît discrète, dépendante, immature, inhibée. Elles se perçoivent de façon plutôt dévalorisée.

Un « profil psycho-relationnel » de ces mères émerge. Elles se vivent pour la plupart d'entre elles comme isolées (c'est ici le ressenti qui est pris en compte par les experts et non la réalité : une mère peut se sentir seule tout en vivant avec son conjoint et d'autres enfants). Elles ont très souvent des parents qui n'ont pas su / pas pu exprimer des sentiments et des émotions, et plus particulièrement des pères qui n'ont pas su / pas pu se montrer affectueux avec elles. Ces mères ont fréquemment la crainte d'être quittées par le père de leur enfant. Leur couple est souvent peu stable. Un manque patent d'assurance et de stabilité dans les dimensions relationnelle et affective de leur vie distinguent ces mères.

L'expertise psychiatrique de Mme K. l'illustre : « *Il y avait là toute une problématique de réactualisation de profonds affects anciens abandonniques, dans une situation réelle de souffrance abandonnique avec affects anxio-dépressifs, malaise existentiel. D'autant qu'elle était seule face à sa problématique sans nul recours d'étayage, sans nulle écoute.* »

## **Discussion**

Il est difficile d'établir un profil socio-démographique de la mère néonaticide. En cela, notre étude se rapproche d'autres études [2, 6, 13] qui ont largement nuancé le profil « classique » de la jeune mère primipare et célibataire souvent présenté comme prévalent dans les pays anglo-saxons [4, 5, 11, 12, 20] où les grossesses précoces sont plus fréquentes [3]. Dans notre étude, nous avons peu d'adolescentes, plus de la moitié des mères ont déjà des enfants antérieurement aux faits, plus de la moitié des mères vivent en couple, cinq mères seulement sont sans activité dont une de façon non choisie (chômage). La mise au jour de ces nouveaux profils de mères néonaticides, couplée à la persistance des néonaticides dans nos sociétés modernes ont quelque peu érodé les explications de type socio-économique ou socio-démographique. Certaines recherches envisagent des explications d'ordre psychiatrique [14]. Il est cependant noté que les mères néonaticides sont les moins psychopathologiques d'un ensemble comprenant les mères meurtrières [15, 18]. Elles ont rarement un passé de maladie mentale et d'antécédents psychiatriques. Elles ne souffrent pas de psychose ou de dépression antérieurement aux faits [1, 17]. Nous confirmons ces résultats : nous n'avons pas affaire à des personnalités aux profils particulièrement psychiatriques ou psychopathologiques, y compris dans la génération précédente de leurs parents. Ces mères, ainsi que leurs parents, ne sont pas non plus sujettes aux addictions, à l'exception de trois cas d'alcoolisme dans la génération précédente.

Ce qui semble le plus intrigant dans les expertises de néonaticides, c'est la présence de « non-facteurs » dans la caractérisation des mères et de leur famille.

Nous n'avons pas affaire à des personnalités psychopathiques ou commettant des actes violents ou délictueux. Dans notre échantillon, cette variable est tout à fait marginale pour les mères. En termes de personnalité, si nous retrouvons le critère de l'im maturité déjà repéré, ce critère est à déconnecter de l'âge de la mère. Il ne s'agit pas de « jeunes primipares immatures » [15] mais de femmes de tous âges qualifiées d'immatures par les experts. Ce qui distingue ces mères ce sont des traits de personnalité et des facteurs d'ordre relationnel plutôt que des facteurs socio-démographiques, psychopathologiques ou psychopathiques. Notre étude des données d'expertises semble s'accorder sur un profil « psycho-relationnel » de ces mères : il s'agit le plus souvent de femmes immatures, dépendantes affectivement, s'exprimant peu, se dévalorisant, vivant dans des contextes relationnels dans le passé et aux moments des faits particulièrement médiocres. Ces mères vivent une très grande solitude, ce qui est confirmé dans une étude américaine [16], solitude dans laquelle il semble qu'elles ne peuvent ou ne se sentent pas autorisées à parler de leur grossesse.

En termes de prévention, force est de constater l'absence d'éléments facilement « objectivables » ou « détectables » par des professionnels sociaux ou de santé comme des conduites addictives, des relations instables, des deuils précoces, des placements dans l'enfance, des actes délictueux. Les experts dessinent des profils « en creux » qui laissent une impression de femmes discrètes, sans histoire, ce qui complique les possibilités de prévention. Un seul élément « objectif » est commun à tous ces dossiers : le non suivi de la grossesse. Les professionnels de santé comme les travailleurs sociaux doivent être alertés sur les risques que comportent de telles grossesses non déclarées, non prises en charge, chez des mères dont nous avons pu préciser le profil psycho-relationnel.

## **Conclusion**

L'étude n'a pas dégagé un profil socio-démographique ou psychopathologique particulier aux mères néonaticides. Elle a cependant permis de définir un profil « psycho-relationnel » qui met en jeu des éléments de personnalité : immaturité, dépendance à l'autre, repli sur soi, inhibition, dévalorisation, et des facteurs relationnels : isolement, absence de communication, familles d'origine inexpressives et inaffectives, couples peu stables. Il nous apparaît que la mère néonaticide ne peut être décrite isolément de son environnement passé et actuel. Sa personnalité éclaire son contexte relationnel et inversement.

Les néonaticides, ces crimes « extraordinaires » au sens de leur rareté, de leur retentissement juridico-médiatique et des questions qu'ils soulèvent, semblent commis par des femmes qui présentent, y compris auprès des experts, un profil relativement « ordinaire ». Comme le note l'expertise médico-psychologique et psychiatrique de Mme M. : *« elle s'est mariée et avait organisé son existence selon tous critères de normativité »*.

## Références

1. d'Orban PT. Women who kill their children. *The British Journal of Psychiatry* 1979; 134: 560-71.
2. Dubé M, Léveillé S, Marleau J. Cinq cas de néonaticide au Québec. *Santé mentale au Québec* 2003; 28(2): 183-94.
3. Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ. Child Murder by Mothers: A Critical Analysis of the Current State of Knowledge and a Research Agenda. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162(9): pp. 1578-87.
4. Friedman SH, Resnick PJ. Child murder by mothers: patterns and prevention. *World Psychiatry* 2007; 6(3): 137-41.
5. Friedman SH, Resnick PJ. Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. *International Journal of Law and Psychiatry* 2009; 32(1): 43-47.
6. Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, et al. Newborns Killed or Left to Die by a Parent *The Journal of The American Medical Association* 2003; 289(11): 1425-29.
7. Kaye NS, Borenstein NM, Donnelly SM. Families, Murder, and Insanity: A Psychiatric Review of Paternal Neonaticide. *Journal of Forensic Science* 1990; 35: 133-39.
8. Léauté J. Recherches sur l'infanticide (1955-1965). Paris: Librairie Dalloz; 1968.
9. MêmeAuteur. Référence à ajouter après lecture anonyme 2010.
10. Mendlowicz MV, Rapaport MH, Mecler K, et al. A Case-Control Study on the Socio-Demographic Characteristics of 53 Neonaticidal Mothers *International Journal of law and psychiatry* 1998; 21(2): 209-19.
11. Meyer CL, Oberman M. Mothers who kill their children: Understanding the acts of moms from Susan Smith to the 'Prom mom'. New York, NY US: New York University Press; 2001.
12. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, et al. Risk Factors for Infant Homicide in the United States. *New England Journal of Medicine* 1998; 339(17): 1211-16.
13. Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Collander J, et al. Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought - neonaticides in Finland 1980-2000. *Archives of Women's Mental Health* 2007; 10: 15-23.
14. Rammouz I, Tahiri DA, Aalouane R, et al. Infanticide en post-partum: A propos d'un cas. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique* 2008; 34(3): 284-88.
15. Resnick PJ. Murder of the newborn: A psychiatric review of neonaticide. *The American Journal of Psychiatry* 1970; 126(10): 1414-20.
16. Riley L. Neonaticide: A Grounded Theory Study. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 2005; 12(4): 1-42.
17. Saunders E. Neonaticides following "secret" pregnancies: seven case reports. *Public Health Rep* 1989; 104(4): 368-72.
18. Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris Éditions du Seuil; 2010.
19. Tursz A, Cook JM. A population-based survey of neonaticides using judicial data. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011; 96: 259-63.
20. West SG. An overview of filicide. *Psychiatry (Edgmont)* 2007; 4: 48-57.

**Tableau 1 : description des 17 dossiers judiciaires ayant donné lieu à des expertises**

Réf. mère	Age mère	Situation mère	Activité mère	Profession mère	Enfants vivants antérieurs aux faits	Expertise psychiatrique	Expertise psychologique	Expertise psychologique et psychiatrique	Interrogatoire de curriculum-vitae	Enquête de personnalité	Rapport de suivi judiciaire	Total expertises
Mme A.	25	Vit seule avec ses enfants	Travail	Employée fonction publique	2	1	1				1	3
Mme B.	17	Vit avec ses parents	Etudes		0			1				1
Mme C.	23	Vit en couple, mariée	Mère au foyer		3	1	1		1			3
Mme D.	21	Vit en couple	Etudes		0	1	1					2
Mme E.	21	Vit chez ses parents	Chômage	Garde d'enfant	0	1	3					4
Mme F.	39	Vit en couple, mariée	Mère au foyer		6	1	1					2
Mme G.	17	Vit en couple chez sa belle-mère	Travail	Employée de commerce	0	2	1	1				4

Mme H.	26	Vit chez ses parents	Travail	Infirmière	0			1	1	1		3
Mme I.	31	Vit chez sa mère	Travail	Employée de ménage	1		1	1	1		1	4
Mme J.	20	Vit chez sa mère	Etudes		0	2	2			1	2	7
Mme K.	28	Vit en couple	Travail	Employée de ménage	2	1	1			1		2
Mme L.	25	Vit en couple, mariée	Travail	Employée de commerce	3		2					2
Mme M.	44	Vit en couple, mariée	Travail	Profession intermédiaire banque	3	1		1		1		3
Mme N.	18	Vit chez ses parents	Sans activité		0	1	2		1		1	5
Mme O.	29	Vit avec son fils	Travail	Employée de ménage	2		1	2		1		4
Mme P.	32	Vit en couple	Travail	Cadre de la fonction publique	1	1	1					2
Mme R.	26	Vit en couple	Mère au foyer		2	1	1					2
Total expertises						16	18	6	4	5	5	54